

OŚWIADCZENIE O WYRAŻANIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
PRZEZ POWIATOWE CENTRUM POMOCY RODZINIE WE WSCHOWIE ORAZ
PAŃSTWOWY FUNDUSZ REHABILITACJI OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH ¹

.....
(imię i nazwisko)

.....
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

.....
(miejscowość, nr kodu)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz mojego dziecka/
podopiecznego ²:

.....
(imię i nazwisko dziecka/ podopiecznego)

przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Wschowie, ul. Plac Kosynierów
1c (administrator danych) oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy
Al. Jana Pawła II 13, w celach związanych z realizacją pilotażowego programu
„Aktywny Samorząd”, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie
danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

Równocześnie oświadczam, że zostałam/em poinformowany o prawie dostępu
do treści swoich danych oraz przysługującej mi możliwości poprawiania,
aktualizacji i uzupełniania danych.

.....
data i podpis

Uwaga:

Podanie danych jest dobrowolne, jednak ich niepodanie skutkować będzie brakiem możliwości wzięcia przez
Wnioskodawcę udziału w programie „Aktywny Samorząd”.¹

Niniejsze oświadczenie składa Wnioskodawca oraz inne pełnoletnie osoby posiadające zdolność do czynności
prawnych, których dane osobowe zostały przekazane przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.